

Fiebre manchada

García Esteve L

ABS Les Borges Blanques. Lérida

Mujer de 33 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que desde hace cuatro días presenta fiebre de hasta 39°. Durante dos días ha estado con diarrea y al quinto día le ha aparecido una erupción generalizada con afectación palmo-plantar. La paciente vive en un área rural y tiene un perro en su domicilio.

En la exploración física destaca un exantema maculopapuloso que afecta a cara, tronco, extremidades superiores e inferiores, palmas y plantas de los pies (figuras 1 y 2).

Pruebas complementarias. Tira de orina: urobilinógeno positivo, resto negativo; bioquímica: GOT 114 U/L, GPT 107 U/L, GGT 42 U/L, CK 76 U/L, PCR 34,1; serologías: Rosa de bengala anticuerpos anti-Brucela negativos, anticuerpos anti-Rickettsia conorii IgG positivos a título 1/160, anticuerpos anti-Rickettsia conorii IgM positivo a título 1/80, anticuerpos anti-Rickettsia mooseri IgG negativo a título <1/40, anticuerpos anti-Rickettsia mooseri IgM positivo a título 1/10.



Figura 1



Figura 2

COMENTARIO

El agente causal de esta enfermedad es la *Rickettsia conorii*, cocobacilo gramnegativo intracelular. Su reservorio habitual es el perro parasitado por la garrapata *Rhipicephalus sanguineus*, que actúa como vector. La epidemiología de la fiebre botonosa está relacionada con la de su vector, que se reproduce entre mayo y septiembre. A partir de la picadura de la garrapata en la piel del hombre, pasa a la sangre y origina una vasculitis generalizada de pequeño vaso. La lesión de inoculación, la denominada mancha negra, no siempre está presente. La afectación hepática es frecuente y suele ser subclínica, con hepatomegalia y elevación de las transaminasas.

La enfermedad tiene un periodo de incubación sintomático que puede ser de 8-12 días. Se diagnostica mediante criterios clínicos, epidemiológicos y serológicos. Se caracteriza por fiebre elevada, exantema maculopapular

con clara afectación palmoplantar, mancha negra, muy sugestiva, pero no siempre presente como es el caso de nuestra paciente.

El diagnóstico serológico se realiza mediante inmunofluorescencia indirecta que permite detectar anticuerpos IgM específicos. Éstos se consideran positivos con títulos superiores a 1/40 y la seroconversión cuatro veces el título inicial. El diagnóstico diferencial casi nunca se plantea, pero actualmente con el aumento de la inmigración y de los viajes a otros países habría que hacerlo con otras rickettsias, como el tifus murino, causado por *Rickettsia mosei*, que clínicamente es muy parecido a la fiebre botonosa pero no presenta la mancha negra. Otras entidades a tener en cuenta son la erlichiosis humana, la enterovirus no poliovirus y la acrodematitis papulosa infantil, sarampión,

meningococemia, sífilis secundaria, vasculitis leucocitoclástica y toxicodermias.

En el tratamiento es de elección la doxiciclina oral (100 mg/12 horas) durante 7-10 días, o el ciprofloxacino en caso de alergia o intolerancia. La profilaxis consiste en la desparasitación de los animales y evitar el contacto con garrapatas y animales parasitados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merlo González VE, Marcos Sánchez F, Árbol Linde F, Gómez Fernández M, Simón Martín A, López Onega P. Fiebre botonosa maligna. *Medicina Intensiva* 2002;1:21-23.
2. Zarallo JL. Fiebre botonosa mediterránea. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría* 2000;14:93-98.